Nederlandse Zorgautoriteit

Rapport

Impact-analyse alternatief voor DSM-IV in de basis GGZ, gespecialiseerde GGZ en FZ

maart 2015

Inhoud

Vooraf

Zowel in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) als in de forensische zorg (FZ) wordt binnen de DB(B)C-systematiek gebruik gemaakt van het 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM). Op dit moment wordt nog gebruik gemaakt van versie DSM-IV-TR. In 2013 is de compleet vernieuwde opvolger hiervan verschenen: de DSM-5. In juni 2014 is de Nederlandse vertaling gepubliceerd.
Zorginstituut Nederland (ZiNL) heeft in opdracht van het Ministerie een advies geschreven over de afbakening van het verzekerd pakket op basis van DSM-5. ZiNL concludeert dat er voordelen zijn van het gebruik van DSM-5 in plaats van DSM-IV voor de pakketafbakening.

Het ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd om een impactanalyse uit te voeren om de gevolgen inzichtelijk te maken van een overstap op DSM-5 of ICD-9/10 op de registratie- en declaratiesystemen van zowel de basis GGZ als de gespecialiseerde GGZ en de forensische zorg (FZ).

Deze impact-analyse is vastgesteld na consultatie in de loop van 2014 en een bijeenkomst in januari 2015 met vertegenwoordigers van zorgaanbieders van geestelijke gezondheidszorg, verzekeraars en de directie Forensische Zorg (DForZo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). Daarnaast hebben wij ook gesproken met ICT-leveranciers die software aanbieden in de GGZ. De NZa dankt iedereen die ons geholpen heeft bij het uitvoeren van de impact-analyse.

de Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur a.i.

Samenvatting

In het voorjaar van 2014 is de Nederlandstalige vertaling van het DSM-5 verschenen. Dat roept de vraag op of het wenselijk is om in de bekostigingssystematiek in de GGZ gebruik te maken van DSM-5 in plaats van DSM-IV. In opdracht van het Ministerie van VWS zijn wij nagegaan welke aanpassingen nodig zijn in de bekostigingssystematiek in de GGZ (Zvw) bij een overstap naar DSM-5. Het Ministerie heeft ons daarnaast ook gevraagd om een vergelijking te maken met een overgang naar ICD-9 -of ICD-10 in plaats van DSM-IV.

Op dit moment gebruiken GGZ-aanbieders DSM-IV in de praktijk en in de bekostiging. Behandelaren zijn op basis van regelgeving van de NZa verplicht om voor elke DBC de assen van DSM-IV te registreren. De behandelaar kiest een hoofddiagnose die vervolgens automatisch afleidt naar een DBC-hoofdgroep. Een belangrijk verschil in DSM-5 ten opzichte van DSM IV is het verdwijnen van de assen-structuur. In DSM-5 kan een behandelaar meerdere diagnoses naast elkaar registreren. Registratie van de GAF-score (as 5) is niet meer voorgeschreven. ICD-9/10 heeft veel overeenkomsten met DSM-5, in DSM-5 is echter preciezer beschreven wanneer een classificatie van toepassing is. In het DSM-5 handboek staat bij elke stoornisnaam een ICD-9 code. Ook in het DSM-IV handboek waren de ICD-9 codes opgenomen. Daardoor is het mogelijk om een ‘vertaling’ te maken van DSM-IV naar DSM-5.

In de basis GGZ heeft het verlaten van DSM-IV in de bekostigingssystematiek nauwelijks gevolgen. Alleen de registratie van de hoofdgroep-diagnose kan veranderen als het wenselijk blijkt om de DBC-hoofdgroepindeling te wijzigen.

In de gespecialiseerde GGZ en de forensische zorg (FZ) zijn de effecten groter omdat daar nu de DSM-IV assen geregistreerd worden. Aanbieders, DBC-Onderhoud en DIS zullen hun ICT-systemen moeten aanpassen om registratie op basis van DSM-5 mogelijk te maken. Voor zorgverzekeraars en DForZo (de inkoper in de FZ) is de wijziging in de systemen beperkt als de DB(B)C-hoofdgroepen in stand blijven.

DBC-Onderhoud zal de codetabellen voor afleiding naar een DBC-hoofdgroep moeten wijzigen. De codetabellen geven aan welke DBC-hoofdgroep volgt uit de door een behandelaar opgegeven (hoofd)diagnose.

Als de huidige hoofdgroepen zoveel als mogelijk intact blijven dan is het effect op de informatievoorziening beperkt. Aanbieders en verzekerden kunnen dan nog steeds gegevens over meerdere jaren met elkaar vergelijken. Het in gebruik nemen van de DSM-5/ICD in de bekostigingssystematiek kan echter wel leiden tot een andere ordening van de diagnoses, dit zorgt voor een trendbreuk in de opgebouwde (benchmark)informatie.

Een ander effect op de informatievoorziening bij een overgang op een andere bekostigingssystematiek op basis van DSM-5/ICD-9/-10 is dat partijen de zorgvraagzwaarte-indicator zullen moeten aanpassen. Die is namelijk volledig gebaseerd op het assenstelsel van DSM-IV. De zorgvraagzwaarte-indicator in zijn huidige vorm kan alleen berekend worden als aanbieders de assen van DSM-IV blijven registreren (waaronder de GAF-score). Het is aan veldpartijen om een indicator te ontwikkelen die past bij DSM-5.

Voor de bekostiging zijn er geen grote verschillen tussen het gebruik van DSM en ICD. Dat blijkt al uit het feit dat bij elke DSM-classificatie in het handboek ook een ICD-9 code staat. Een beperking van de ICD is dat de codes minder specifiek zijn dan de codes die gebruikt worden voor de DSM-IV en DSM-5. Dit betekent dat het kan voorkomen dat enkele ICD-codes op meerdere DSM-stoornisnamen van toepassing zijn. Daarnaast heeft ZiNL geadviseerd het te verzekeren pakket af te bakenen op basis van de DSM-5. Bekostiging op basis van ICD (zonder registratie van de DSM-5 stoornisnaam) kan betekenen dat in de bekostiging niet geheel zichtbaar is wat verzekerde zorg is en wat niet. Als de afbakening van het verzekerd basispakket gebaseerd zou zijn op ICD is die beperking er uiteraard niet. DForZo benadrukt dat het van belang is dat alle partijen die betrokken zijn bij de indicatiestelling gebruikmaken van dezelfde classificatie en pleit daarom voor het gebruik van DSM.

In het bovenstaande zijn wij ervan uitgegaan dat behandelaren niet langer registreren op basis van DSM-IV. Tijdens een consultatiebijeenkomst op 13 januari is een variant besproken waarbij behandelaren in de praktijk gaan werken met DSM-5 maar voor de bekostiging nog gebruik maken van de assen van DSM-IV. Dit zou een tijdelijke oplossing kunnen zijn in afwachting van een fundamenteel aangepaste productstructuur. In deze variant zou er een conversietabel beschikbaar moeten komen zodat duidelijk is welke DSM-IV classificatie bij welke DSM-5 stoornisnaam hoort (dat kan aan de hand van de ICD-codes). De DSM-5 stoornisnaam zou wel opgenomen moeten worden in het dossier en het DBC-informatiesysteem (DIS) om inzichtelijk te krijgen of het verzekerde zorg gaat. Voordeel van deze variant is dat de productgroepen in stand blijven en de wijzigingen zich beperken tot het beschikbaar maken van de conversietabel. Omdat behandelaren op basis van de assen van DSM-IV blijven registreren is een aanpassing van de zorgvraagzwaarte-indicator niet noodzakelijk. Een ander belangrijk voordeel van deze variant is dat de hoofdgroepen exact gelijk blijven. Onder andere zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen daardoor eenvoudig vergelijkingen over de tijd heen blijven maken.
Nadeel van deze variant is dat het leidt tot een verzwaring van de administratieve lasten voor zorgaanbieders, omdat zij voor het classificeren de DSM-5 in gebruik nemen, maar voor de bekostiging nog gebruik maken van de DSM-IV.

Op basis van een verkenning van een koppeling van de DSM-5 stoornisnamen in de as-codes in de DBC-systematiek verwachten wij dat het mogelijk is om een dergelijke codetabel beschikbaar te stellen. Wij hebben met DBC-Onderhoud, in samenwerking met veldpartijen, een start gemaakt met het ontwikkelen van deze codetabel.

Tabel 1. Aanpassingen in registratie en declaratie

	DSM-5	ICD-9/10	Gedeeltelijke implementatie DSM-5
Registratie	• Verplichte registratie van primaire diagnose in DSM-5	• Verplichte registratie van primaire diagnoseclassificatie op basis van ICD	• Verplichte registratie van primaire diagnose in DSM-5 in het patiëntendossier/DIS • Verplichte registratie van overige assen op basis van DSM-IV. • Conversie van primaire diagnose (DSM-5) naar 'oude' stoornisnamen (DSM-IV) in de DBC-systematiek. Die leiden af naar een hoofdgroep.
Validatie	• Aanpassing validatieregels nodig (aanpassingen zijn naar verwachting beperkt omdat stoornisnamen die niet verzekerd zijn niet in de codetabel staan).	• Aanpassing validatieregels nodig (aanpassingen zijn naar verwachting beperkt). • Als DSM de basis is voor pakketafbakening is validatie of het een verzekerde stoornis betreft (op detailniveau) niet mogelijk.	• Als de oude stoornisnamen het uitgangspunt vormen (zonder toevoeging van nieuwe stoornisnamen) dan is naar verwachting geen aanpassing nodig.
Afleiding	• Aanpassing hoofdgroepen en afleiding van stoornisnamen naar hoofdgroepen.	• Aanpassing hoofdgroepen en afleiding van stoornisnamen naar hoofdgroepen.	• Geen aanpassing (alle stoornissen worden ondergebracht in de bestaande hoofdgroepen)
Declaratie	• Aanpassing nodig in de hoofdgroepen	• Aanpassing nodig in de hoofdgroepen	• Geen aanpassing
Informatie-voorziening (DIS, zorgverze-keraars)	• Complexer om vergelijkingen over de tijd te maken door wijziging stoornisnamen (en mogelijk DBC-hoofdgroepen). • Aanpassing van de zorgvraagzwaarte-indicator noodzakelijk	• Complexer om vergelijkingen over de tijd te maken door wijziging stoornisnamen (en mogelijk DBC-hoofdgroepen). • Aanpassing van de zorgvraagzwaarte-indicator noodzakelijk	• Geen veranderingen, hoofdgroepen blijven gelijk. • Geen aanpassingen zvz-indicator nodig. • Wenselijk dat DSM-5 stoornisnaam wordt uitgeleverd aan DIS.

Bron: NZa

Naast de aanpassingen in het bekostigingssysteem zullen zorgaanbieders hun patiëntendossiers (EPD's) moeten aanpassen. Het personeel van GGZ-instellingen zal opgeleid moeten worden in het gebruik van DSM-5 danwel ICD. Daarnaast moeten verzekeraars hun contracten en polisvoorwaarden aanpassen.
Brancheorganisaties van aanbieders en verzekeraars geven aan dat het hun ervaring is dat er tijd nodig is om overeenstemming te krijgen over de interpretatie van de invulling van het verzekerde basispakket.

Wij verwachten geen grote veranderingen in de fouten- en fraudegevoeligheid van het declaratiesysteem en de controlemogelijkheden voor verzekeraars. De pakketafbakening op basis van DSM is moeilijk toetsbaar. Behandelaren kunnen bij toepassing van dezelfde criteria uit DSM tot een verschillend oordeel komen of er sprake is van een psychische stoornis en welke classificatie daarbij hoort. De beoordeling of de toekenning van een classificatie juist is, is nog moeilijker te maken zonder gedetailleerde kennis van de patiënt en diens medisch dossier. Toetsing van een DBC-declaratie aan de hand van het verzekerde basispakket zal daardoor zeer complex blijven, ook al bevat DSM-5 helderdere criteria voor classificatie. De classificaties in de DSM-5 zijn vaak gedetailleerder en voorzien van meer specificaties dan in de DSM-IV TR en de ICD-10. Daarmee vormt ICD-10 geen beter alternatief dat meer toetsbaar en handhaafbaar is.

Wij concluderen dat het op voorhand niet onhaalbaar is om de variant waarin de bekostiging gebaseerd blijft op de vijf assen van DSM-IV per 2016 in te voeren. Bij deze variant zijn de benodigde aanpassingen het minst omvangrijk en het risico dat 1 januari 2016 niet haalbaar blijkt daardoor beperkt. Het is daarvoor wel van belang dat de minister van VWS uiterlijk begin maart een beslissing neemt over het gebruik van DSM-5.[1] Naast de NZa en DBC-Onderhoud zullen ook zorgaanbieders en zorgverzekeraars aanpassingen moeten doen om DSM-5 te kunnen toepassen. Partijen geven aan dat voor deze overgang een periode van minimaal negen maanden nodig is en hebben ons gewezen op het risico dat de aanpassing van de systemen niet op 1 januari 2016 klaar is.

[1] Deze conclusie, dat het van belang is dat de minister van VWS begin maart een beslissing neemt, hebben wij ook opgenomen in een conceptversie van het rapport dat wij op 21 januari aan het Ministerie van VWS hebben verstrekt.

1. Inleiding

1.1 DSM-classificatie en bekostiging

De 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM) van de American Psychiatric Association (APA) wordt wereldwijd gebruikt als instrument voor classificatie van psychische stoornissen bij zowel volwassenen als jeugdigen en kinderen.

In mei 2013 is de nieuwste editie van het classificatiesysteem DSM gepubliceerd. In juni 2014 is de Nederlandse editie verschenen.
In de DSM-5 zijn de nodige veranderingen zijn doorgevoerd ten opzichte van de DSM-IV-TR. Zo is de assenstructuur verdwenen en zijn er nieuwe stoornissen, nieuwe criteria en een andere indeling van bestaande stoornissen in opgenomen.

De huidige registratie- en bekostigingssystematiek van de GGZ is gebaseerd op de DSM IV-TR-classificatie. Uitzondering vormt de langdurende gespecialiseerde GGZ, bij de bekostiging op basis van ZZP's speelt DSM geen rol.

Bij de bekostiging op basis van DB(B)C's bepaalt de classificatie samen met de duur van de behandeling de keuze voor een DB(B)C. De classificatie is in beperkte mate voorspellend voor de behandelduur van een patiënt.[2] Daarom is de vraag relevant of de classificatie wel zo'n belangrijke rol moet hebben in de afleiding naar een DBC-zorgproduct. Mede om die reden werken veldpartijen op dit moment aan een alternatieve productstructuur voor de GGZ. Dat betekent niet dat bij de introductie van DSM-5 (of ICD) in afwachting van de nieuwe productstructuur het bestaande bekostigingssysteem ongemoeid moet blijven. In de eerste plaats is het wenselijk om veranderingen in de afbakening van het verzekerd pakket zichtbaar te maken in de DBC-systematiek. In de tweede plaats kan het wenselijk zijn om de registratie in de DBC-systematiek zoveel mogelijk aan te laten sluiten bij de registratie in medische dossiers.

1.2 Vraagstelling Ministerie van VWS

Het Ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd om, een analyse uit te voeren naar de impact van een (al dan niet gedeeltelijke) overstap op DSM-5 of ICD-9/-10 in de registratie- en declaratiesystemen van zowel de basis GGZ, de gespecialiseerde GGZ en de FZ, en in de data-aanlevering aan het DIS.

Wij zijn gevraagd om de volgende punten mee te nemen in de analyse:

- De noodzakelijke aanpassingen.
- Te verwachten financiële effecten.
- Te verwachten uitvoeringslasten (in de transitie en structureel) voor verzekeraars, aanbieders, cliënten, ICT-leveranciers en de NZa zelf.[3]

---

[2] Wij zijn ons er bewust van dat een 'diagnose' breder is dan het toekennen van een classificatie. Waar in de DBC-systematiek 'diagnose' wordt gebruikt kan dan ook 'classificatie' gelezen worden.
[3] Wij begrijpen dat het Ministerie van VWS een licentieovereenkomst heeft voor het gebruik van DSM-IV. In onze analyse hebben wij deze licentie (en mogelijke veranderingen door de overgang op DSM-5) buiten beschouwing gelaten.

- De effecten op de informatievoorziening (zowel in relatie tot het DIS als met betrekking tot de informatie die verzekeraars via de ggz-factuur ontvangen en zowel qua inhoud als qua snelheid).
- De effecten op zaken als de fouten- en fraudegevoeligheid van het declaratiesysteem en de controlemogelijkheden voor verzekeraars.
- De effecten op de sturingsmogelijkheden van verzekeraars.

1.3 Proces

Wij hebben bij het uitvoeren van de impact-analyse gebruikt gemaakt van de inbreng van diverse partijen. In de tweede helft van 2014 hebben drie voortgangsoverleggen met het ministerie van VWS, ZiNL, de NZa de NVvP plaatsgevonden. Doel van deze bijeenkomsten was met name onderlinge informatie-uitwisseling. In de maanden mei tot en met augustus is gewerkt aan de impactanalyse en hebben wij gesproken met de NVvP, ZN en ICT-leveranciers die zich richten op GGZ-aanbieders. In november heeft een schriftelijke consultatie met betrokken organisaties, waaronder het ministerie van VWS, plaatsgevonden. Op basis van de ontvangen reacties van de organisaties hebben wij, in samenwerking met het ministerie van VWS, ZiNL en de NVvP, op 13 januari 2015 een consultatiebijeenkomst georganiseerd. Na de consultatiebijeenkomst hebben wij nog enkele aanvullende reacties op het rapport en de bijeenkomst ontvangen.[4] De input van de consultaties is verwerkt in dit rapport. Een concept van dit rapport is op 21 januari 2015 gedeeld met het Ministerie van VWS. Op 11 februari hebben wij een reactie ontvangen. Naar aanleiding van deze reactie hebben wij verduidelijkingen aangebracht in het rapport.

1.4 Opzet van dit document

Hoofdstuk 2 start met een beschrijving van de rol van DSM-IV op dit moment in de bekostiging. In hoofdstuk 3 lichten wij DSM-5 en ICD toe en staan we stil bij de belangrijkste veranderingen in de bekostiging bij gebruik van DSM-5 of ICD ten opzichte van DSM-IV. In hoofdstuk 4 en 5 behandelen wij de gevolgen van een overgang op DSM-5 en ICD voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de NZa, DBC-Onderhoud en DIS. Hoofdstuk 6 bevat de conclusies.

[4] Wij hebben reacties ontvangen van: NVvP, LVVP, ZN, GGZ Nederland, LP-GGZ, NIP, DForZo, Menzis, Verenso, NVGZP, Erasmus MC, V&VN.

2. Rol van DSM-classificatie in bekostiging

Curatieve GGZ is geestelijke gezondheidszorg gericht op het genezen van psychische klachten en is onderverdeeld naar het soort zorg dat een patiënt nodig heeft. In Nederland wordt in de curatieve GGZ sinds 1 januari 2014 de volgende indeling gebruikt:

- De huisarts en de praktijkondersteuner. Zij zijn het eerste aanspreekpunt. De huisarts kan doorverwijzen naar de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ.
- De generalistische basis GGZ.
- De gespecialiseerde GGZ.

In de bovenstaande indeling ontbreekt de langdurende gespecialiseerde GGZ die vanaf 2015 wordt gefinancierd vanuit de Zvw. De reden hiervoor is dat in de bekostiging van de langdurende GGZ de DSM-classificatie geen enkele rol speelt.

Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg (inclusief zorg aan verstandelijk gehandicapten) geboden aan volwassenen met een strafrechtelijke veroordeling. Forensische zorg varieert van behandeling en verblijf in tbs-klinieken tot en met verschillende poliklinieken die mensen ondersteuning bieden om in het dagelijkse leven om te kunnen gaan met een verslaving of een persoonlijkheidsstoornis.

In dit hoofdstuk wordt de indeling van de curatieve GGZ en de Forensische Zorg (FZ) kort toegelicht. Vervolgens wordt de bekostigingssystematiek per segment besproken en de rol van de DSM-classificatie in de declaratie en registratie van zorgproducten in de verschillende segmenten.

2.1 Bekostigingssystematiek generalistische basis GGZ

Sinds 2014 valt de zorg voor mensen met een lichte tot matige psychische aandoening onder de basis GGZ. In de generalistische basis GGZ is een vermoeden van een tot het verzekerde pakket behorende DSM stoornis in combinatie met een gemiddeld tot lage beperking van het functioneren een noodzakelijke voorwaarde voor toegang. Voor behandeling in de basis GGZ dient een DSM-benoemde stoornis aanwezig te zijn.

Voor de generalistische basis GGZ worden vier integrale zorgproducten onderscheiden die verschillen in intensiteit:

- 1. generalistische basis GGZ Kort (BK)
- 2. generalistische basis GGZ Middel (BM)
- 3. generalistische basis GGZ Intensief (BI)
- 4. generalistische basis GGZ Chronisch(BC)[5]

Op basis van vijf objectieve criteria (DSM-stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit, beloop klachten) kan een behandelaar bekijken welke categorie het beste past bij de zorgvraag van de patiënt. Hieruit ontstaat een zorgvraagzwaarteproduct, deze is een combinatie van deze criteria. Het zorgvraagzwaarteproduct zegt dus niet alleen iets over de

[5] Beleidsregel generalistische basis GGZ BR/CU-5091.

ernst van de problematiek, maar ook over de score op alle bovengenoemde vijf criteria.

De vier zorgvraagzwaarteproducten vormen integrale producten per patiënt. Dit betekent dat verschillende behandelcomponenten (van zorg-gerelateerde preventie, e-health behandeling tot de consultatie en/of behandeling door de gespecialiseerde GGZ) kunnen worden aangeboden binnen het integrale product. Ook kunnen verschillende deskundigen worden ingezet in het behandeltraject.

De behandelcomponenten worden niet afzonderlijk bekostigd, maar via vier integrale tarieven 'kort, middel, intensief of chronisch'. De DSM-classificatie speelt geen rol in de bekostiging. Aan de hand van de vijf hierboven beschreven objectieve criteria kan worden bezien welk product volstaat om de patiënt adequaat te behandelen. De NZa stelt een maximumtarief per zorgvraagzwaarteproduct vast.

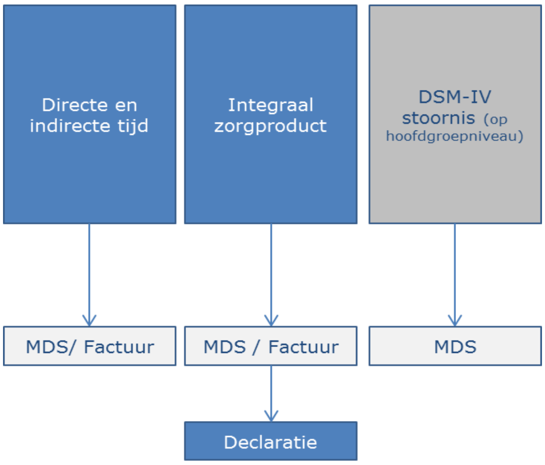
Rol van DSM-classificatie in de registratie
De generalistische basis GGZ werkt niet met de DBC-systematiek, maar met vier integrale zorgproducten (prestaties). De data van de geleverde zorg in de generalistische basis GGZ wordt wel beheerd in het DBC-informatiesysteem. Per gedeclareerd zorgproduct (prestatie) dienen zorgaanbieders in de generalistische basis GGZ een minimale dataset (MDS) aan gegevens aan het DIS (DBC-informatiesysteem) aan te leveren. Hierin moet de hoofdbehandelaar de stoornis volgens de DSM-IV op hoofdgroep-niveau aangeven.
De MDS wordt door de zorgaanbieder over alle gedeclareerde prestaties per patiënt elektronisch aangeleverd.[6]

Rol van DSM-classificatie in de declaratie
Op de factuur van de zorgaanbieder aan de patiënt/verzekeraar wordt de geleverde prestatie en de indeling in prestatie op basis van de zorgzwaarte na intake en diagnostiek vermeld. Het vermelden van de diagnose is dus niet noodzakelijk. De prestaties voor de basis GGZ worden alleen gehanteerd indien sprake is van zorg die behoort tot het verzekerde pakket op grond van de Zorgverzekeringswet.
Indien de prestatie of een behandelcomponent geen onderdeel uitmaakt van het verzekerde pakket, wordt de geleverde zorg in rekening gebracht in de vorm van een Overig Product (OVP).

In figuur 1 hebben wij weergegeven welke informatie in de generalistische basis GGZ wordt geregistreerd en welke informatie wordt gebruikt voor de declaratie.

[6] Nadere Regeling Generalistische basis GGZ NR/CU-539.

Figuur 1. Registratie en declaratie GB-GGZ



Bron: NZa

2.2 Bekostigingssystematiek gespecialiseerde GGZ

De gespecialiseerde GGZ kenmerkt zich door een hoge mate van complexiteit van behandeling waarbij een zwaar beroep op de specialistische kennis nodig is. Behandeling wordt gegeven aan een doelgroep waarbij de kwaliteit van leven (ernstig) onder druk kan staan. Voor behandeling in de gespecialiseerde GGZ moet sprake zijn van een DSM-IV-benoemde stoornis.

De zorgprestaties in de gespecialiseerde GGZ worden bekostigd op basis van diagnosebehandelingcombinaties (DBC) en overige producten (OVP).

Er zijn verschillende soorten DBC-zorgproducten:
- Initiële DBC's
- Vervolg-DBC's
- Crisis-DBC's

Initiële DBC's worden geopend voor een eerste of nieuwe primaire zorgvraag van een patiënt, vervolg-DBC's volgen op de initiële DBC, of op een voorgaande vervolg-DBC. Een crisis-DBC wordt geopend in een acute situatie die direct ingrijpen noodzakelijk maakt.

Het DBC-zorgproduct kan uit drie verschillende deelprestaties bestaan:
- Behandeling. Deze prestaties zijn onderverdeeld in productgroepen.
- Verblijf. Deze prestaties bevatten een aanduiding van de verzorgingsgraad.
- Overige prestaties.

De diagnose (volgens de DSM-IV) en de totaal bestede tijd aan een cliënt binnen een zorgtraject bepaalt welke behandel-DBC wordt gedeclareerd.

Rol van DSM-classificatie in de registratie
In de gespecialiseerde GGZ wordt de diagnose geregistreerd met behulp van de diagnosetabel van DBC-Onderhoud. Deze tabel is gebaseerd op de DSM-IV-TR. De codes van As 1 en As 2 sluiten aan bij de ICD-9-CM. De diagnose wordt geregistreerd op alle vijf de assen van de DSM-IV:
- As 1 Klinische stoornissen
- As 2 Persoonlijkheidsstoornissen
- As 3 Somatische aandoeningen
- As 4 Psychosociale factoren
- As 5 GAF-score

As 1: Klinische stoornissen
Op As 1 worden één of meerdere stoornissen geregistreerd, volgens de diagnosetabel van DBC-Onderhoud. Deze diagnosetabel is opgenomen in bijlage 1. De hoofdgroepen van de diagnosetabel van DBC-Onderhoud volgen uit de hoofdgroepen van de DSM-IV-TR. De diagnosetabel kent 20 hoofdgroepen, de DSM-IV-TR heeft 16 hoofdgroepen.

As 2: Persoonlijkheidsstoornissen
Op As 2 kunnen één of meerdere stoornissen worden geregistreerd, wederom volgens de diagnosetabel van de DBC-Onderhoud. Deze diagnosetabel is opgenomen in bijlage 2.
Naast de registratie van de persoonlijkheidsstoornissen kan maximaal één code voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid worden geregistreerd.

As 3: Somatische aandoeningen
Het doel van As 3 is om somatische aandoeningen te registreren die mogelijk een relatie hebben met de psychische stoornis van As 1 of As 2 en die van invloed zijn op de behandeling.
Alleen de somatische stoornissen die een directe relatie hebben met de As 1 of As 2 stoornis worden geregistreerd. In de registratie staat alleen of er sprake is van een somatische aandoening en zo ja, of die enkelvoudig of complex is.

As 4: Psychosociale factoren en omgevingsfactoren
Op As 4 worden de psychosociale factoren en omgevingsfactoren geregistreerd die een duidelijke zorgverzwarende factor vormen bij de behandeling van de primaire diagnose.

As 5: GAF-score
Ten slotte wordt op As 5 de Global Assessment of Functioning-score (GAF-score) drie keer geregistreerd;
- Bij openen (twee keer).
- Bij sluiten: de GAF-score op de einddatum van de DBC.

De GAF-score is een maat waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt aangeduid in de vorm van een score tussen de 0 en 100. Waarbij geldt dat hoe lager de score is, hoe ernstiger de symptomen en/of beperkingen in het sociaal, psychisch en/of beroepsmatig functioneren zijn.[7]

In de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt (in de leeftijd van 4 t/m 17 jaar) op de As 5 van de DSM-IV-TR gebruikt gemaakt van de CGAS (Children's Global Assesment Scale) in plaats van de GAF-score. Voor kinderen jonger dan vier jaar hoeft geen CGAS ingevuld te worden.
Voor kinderen onder de vier jaar kan in plaats van de DSM-IV-TR de DC:0-3 worden gebruikt. Dit is een diagnostisch classificatiesysteem van psychopathologie voor gebruik bij jonge kinderen. Het systeem wordt gebruikt als aanvulling op de DSM-IV-TR.[8]

Nadat de diagnose op alle assen is geregistreerd, kan worden aangegeven wat de primaire diagnose is. De primaire diagnose is de belangrijkste reden voor de behandeling. Alleen een diagnose op As 1 of As 2 kan worden geselecteerd als de primaire diagnose.

[7] Nivel. Prins M, Verhaak P. DSM-IV as 5 van cliënten van eerstelijnspsychologen. Uit: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn, 2013 [URL: www.nivel.nl/node/3503, Laatst gewijzigd op 30-06-2014; geraadpleegd op 07-01-2015].
[8] Nadere Regeling Gespecialiseerde GGZ NR/CU-547 p.8

Rol van DSM-classificatie in de declaratie
Op de factuur van de zorgaanbieder aan de patiënt/verzekeraar wordt onder andere de DBC-prestatiecode vermeld. Onderdeel van deze prestatiecode is de diagnoseclassificatie. De diagnose-informatie op de factuur is beperkt tot de diagnosehoofdgroepen (volgens de DSM-IV) in uitsluitend de langdurende of intensieve behandelgroepen.
Voor de behandelgroepen 'diagnostiek', 'crisis' en 'kortdurend' wordt de diagnose-informatie op de factuur niet vermeld. Op de factuur wordt tevens geen melding gemaakt van een zorgtype waaruit blijkt dat er sprake is van zorg op basis van een rechterlijke uitspraak.[9]

Vanaf 1 januari 2014 waren zorgaanbieders verplicht om de zorgvraagzwaarte op de factuur inzichtelijk te maken, uitgezonderd voor de hoofdgroep 'Persoonlijkheidsstoornissen'. De (huidige) zorgvraagzwaarte-indicator bestaat uit patiëntkenmerken die bij de aanmelding van de patiënt inzichtelijk zijn en voorspellend voor de zorgzwaarte in termen van behandelinzet (duur, setting, behandelminuten) en zorgkosten.
De indicator is een optelling van vier elementen op DBC-niveau: primaire diagnose, aanwezigheid van nevendiagnosen en psychosociale factoren, en begin GAF-score.
Aan deze elementen worden scores toegekend. De resulterende zorgvraagzwaarte-indicator varieert dus tussen 001 en 007, waarbij de 001 code staat voor de laagste complexiteit in zorgvraagzwaarte en 007 voor de hoogste complexiteit. Deze verplichting om de zorgvraagzwaarte-indicator inzichtelijk te maken op de factuur is, in ieder geval tot en met 31 december 2015, niet van toepassing. De zorgaanbieder is wel verplicht de brongegevens waaruit de zorgvraagzwaarte-indicator is af te leiden te blijven registreren. Veldpartijen in de GGZ hebben toegezegd dat zij een alternatieve aanleverwijze voor de zorgvraagzwaarte ontwikkelen.

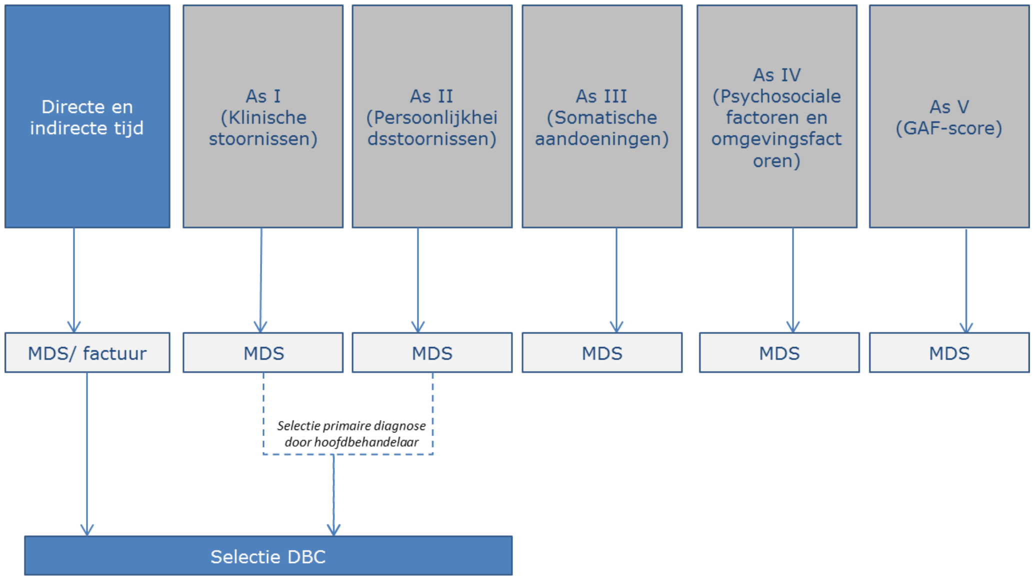
Voor het declareren van zorg die niet onder het basispakket valt, maar wel zorg is zoals omschreven in de Wmg, worden overige producten (OVP's) geregistreerd. In de OVP's is registratie van de DSM-classificatie niet noodzakelijk.

Aanlevering DIS
In de gespecialiseerde GGZ zijn zorgaanbieders daarnaast verplicht eenmaal per maand elektronisch een minimale dataset (MDS) te verstrekken aan het DIS. Hierin moet, per patiënt, onder andere de volledige en integrale diagnose volgens de DSM-IV worden aangegeven en bevat onder andere alle assen van de DSM-IV-TR.

Figuur 2 laat zien welke informatie aanbieders registreren en welke informatie wordt gebruikt om een DBC af te leiden. In vergelijking met de generalistische basis GGZ zijn de registratieverplichtingen groter. Bovendien is de bekostiging afhankelijk van de keuze van een hoofdgroep.

[9] Nadere Regeling Gespecialiseerde GGZ NR/CU-547 p.16

Figuur 2. Registratie en declaratie gespecialiseerde GGZ



Bron: NZa

2.3 Bekostigingssystematiek Forensische zorg

Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of een andere strafrechtelijke titel. De zorg omvat klinische zorg, ambulante zorg en/of beschermd wonen.

Financiering van de forensische zorg vindt plaats op basis van diagnose beveiliging behandeling combinaties (DBBC's), Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP's) en extramurale parameters.

Rol van de DSM in de registratie in de forensische zorg
DBBC's bestaan net als DBC's binnen de GGZ uit een behandel- en een verblijfscomponent. Daarnaast zijn er dagbestedingscomponenten en DCB-verrichtingen. Binnen de behandelcomponent worden acht behandelgroepen onderscheiden:
- Stoornissen in kindertijd
- Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
- Problemen in verband met misbruik of verwaarlozing
- Restgroep diagnoses
- Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen
- Stoornissen in impulsbeheersing
- Aan middelen gebonden stoornissen (drugs & alcohol)
- Persoonlijkheidsstoornissen

In de DBBC wordt de feitelijke diagnose van de patiënt geregistreerd conform de DSM-IV-TR, op dezelfde manier als in de gespecialiseerde GGZ. De registratie van de diagnose gebeurt met behulp van de diagnosetabel van DBC-Onderhoud die is gebaseerd op de DSM-IV-TR. De behandelgroepen zijn, net als bij GGZ-DBC's, verdeeld in tijdsklassen. De verblijfsoorten zijn opgebouwd uit een combinatie van beveiligingsniveau en verblijfsintensiteit.

Rol van de DSM in de declaratie in de forensische zorg
Het DBBC-tarief wordt door de zorgaanbieder gedeclareerd bij DForZo. Op de factuur van de zorgaanbieder aan DForZo wordt de DBBC-prestatiecode vermeld. Deze bestaat uit 12 cijfers, waaronder de diagnoseclassificatie (op hoofdgroepniveau) volgens de DSM-IV-TR.

3. Alternatieven voor DSM-IV

3.1 Beschrijving DSM-5 en verschillen met DSM-IV

DSM-5
In mei 2013 is de vijfde Engelstalige editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, de DSM-5, gepubliceerd door de American Psychiatric Association (APA). De DSM-5 is de opvolger van de DSM-IV-TR. De Nederlandstalige vertaling van de DSM-5 is in juni 2014 uitgebracht.

De DSM-5 classificeert en definieert psychische stoornissen en biedt een systematische onderverdeling van psychische stoornissen met bijbehorende criteria.

De DSM-5 kent drie delen:
- Deel 1 geeft uitleg over de gebruikte indeling van de DSM-5; dit is een inleiding en bevat aanwijzingen hoe de DSM-5 kan worden gebruikt.
- Deel 2 omvat twintig hoofdcategorieën met diagnoses. De ICD-9-CM codes zijn hier ook in opgenomen.
- Deel 3 bevat classificaties die (nog) niet zijn opgenomen in deel 2, zoals *internet gaming disorder* en *non suicidal self-injury*. De samenstellers vinden dat meer onderzoek nodig is voordat deze classificaties zijn te kwalificeren als aparte diagnoses en in bijvoorbeeld DSM 5.1. kunnen worden opgenomen.

De hoofdstukken zijn zoveel mogelijk ingedeeld op basis van het ontwikkelingsperspectief; stoornissen die zich doorgaans eerder manifesteren komen eerder voor in de DSM-5 dan stoornissen die zich later manifesteren.[10]

In de DSM-5 moet aan twee criteria worden voldaan voordat een classificatie van toepassing is. Er is pas sprake van een psychische stoornis als de patiënt significante lijdensdruk ondervindt en/of significant disfunctioneert.

WHODAS 2.0
De WHODAS 2.0 is een door de WHO ontwikkelde schaal waarmee (functionele) beperkingen bij somatische en psychiatrische patiënten worden gemeten.[11] De WHODAS 2.0 is integraal opgenomen in de DSM-5 in het hoofdstuk Meetinstrumenten en modellen in ontwikkeling (deel III).[12] De schaal meet dit op zes verschillende domeinen:

- Cognitie: begrijpen en communiceren
- Mobiliteit: bewegen en zich verplaatsen
- Zelfverzorging
- Omgaan met mensen
- Activiteiten dagelijkse levensverrichtingen (ADL) (huishoudelijk, werk en studie)
- Participatie: deelname aan de samenleving

---

[10] DSM 5. APA p. 65.
[11] World Health Organization, Disability Assessment Schedule 2.0.
[12] Het gebruik van WHODAS vormt een afzonderlijke afweging die los kan worden gezien van een keuze voor DSM-5/ICD-10. Wij begrijpen dat het invullen van de bijbehorende vragenlijst een significante inzet van de behandelaar vergt. Door zorgverleners en zorgverzekeraars zal in een afzonderlijk traject nagegaan moeten worden wat de voor- en nadelen zijn van het gebruik van WHODAS. De NVvP geeft aan dat niet alleen de GGZ zich daarover zou moeten buigen maar ook in andere delen van de gezondheidszorg.

Er bestaan drie versies van de vragenlijst: een interviewversie, een zelfbeoordelingsversie en een versie die door een derde partij (familielid, behandelaar etc.) kan worden ingevuld. De volledige versie bestaat uit 36 vragen en resulteert in een totaalscore voor het algemeen functioneren en zes schaalscores voor de verschillende domeinen van functioneren. Er is een eenvoudige en een complexe manier voor het berekenen van de totaalscores. Daarnaast zijn nog twee verkorte versies van de vragenlijst beschikbaar.[13]

Verschillen DSM-IV-TR en DSM-5
Een groot verschil tussen de DSM-IV-TR en de DSM-5 is het verdwijnen van het assenstelsel waarlangs de verschillende diagnoses in DSM-IV werden gerubriceerd.[14]

De eerste drie assen van de DSM-IV-TR (klinische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en somatische aandoeningen) worden in de DSM-5 samengevoegd zodat alle psychische stoornissen en relevante somatische stoornissen die voorkomen bij een patiënt worden genoemd. Hierbij worden belangrijke psychosociale en omgevingsfactoren afzonderlijk geregistreerd (voorheen As 4).[15] De GAF-score (voorheen As 5), waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt aangegeven maakt niet langer integraal onderdeel uit van de DSM-classificatie. Om de mate van ernst van de stoornis te bepalen, zou de WHODAS 2.0 kunnen worden gebruikt.[16]

De meeste veranderingen in de DSM-5 ten opzichte van de DSM-IV-TR betreffen een aanscherping of verruiming van de criteria of een wijziging in de indeling:

- De DSM-5 bevat geen aparte sectie voor kinderpsychiatrie / adolescentie.
- Er heeft een hergroepering van stoornissen plaatsgevonden.
- De DSM-5 bevat minder subtypes.
- In de DSM-5 bestaat de categorie 'niet anderszins omschreven' (NAO) niet langer. Om de diagnostische specificiteit te verhogen zijn hiervoor de twee categorieën 'andere gespecificeerde stoornis' en 'ongespecificeerde stoornis' opgenomen. De categorie 'ander gespecificeerde stoornis' geeft de behandelaar de mogelijkheid om aan te geven waarom niet aan criteria voor een bepaalde diagnose is voldaan. De categorie 'ongespecificeerde stoornis' geeft de behandelaar de mogelijkheid om een diagnose niet nader te specificeren.17
- De DSM-5 is ingedeeld in hoofdstukken, conform de indeling van de ICD.
- De ICD-9-CM codes zijn opgenomen in de DSM-5. In de Amerikaanse editie van de DSM-5 staan ook de voor de VS relevante ICD-10-CM-codes. Omdat er nog geen omzettabel bestaat van deze codes naar de internationale ICD-10-CM-codes, zijn ze in de Nederlandse editie (nog) weggelaten. Zodra de ICD-10-CM-coderingen beschikbaar zijn, worden deze op de website www.dsm-5.org geplaatst.[18]

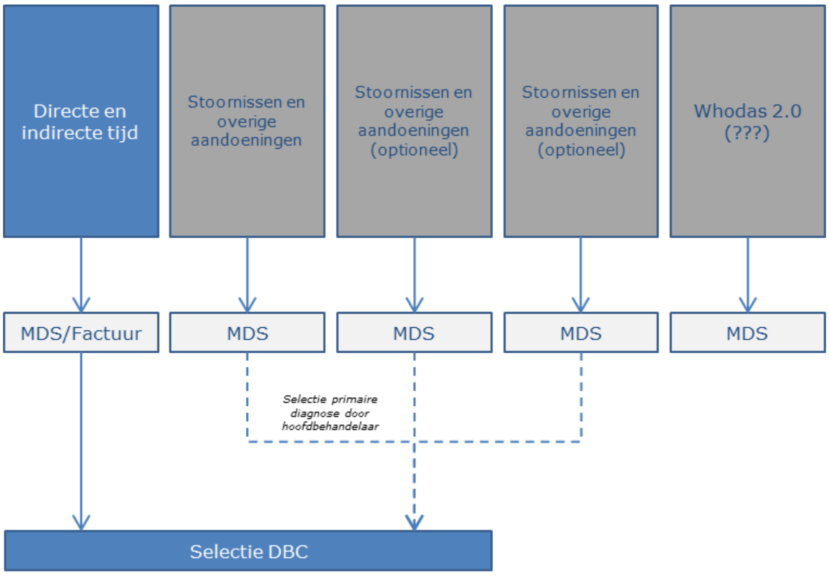
Figuur 3 maakt inzichtelijk hoe de informatievoorziening eruit zou zien als DSM-5 zoveel als mogelijk op dezelfde wijze als DSM-IV toegepast zou worden.

---

[13] DSM-5. APA. Meetinstrumenten. World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 p. 978.
[14] American Psychiatric Association, FAQ DSM-5.
[15] DSM 5. APA p. 69.
[16] Alvorens te besluiten om de WHODAS te gaan gebruiken is nog er nog wel een traject nodig met het veld, specifiek de zorginhoudelijke partijen.
[17] DSM 5. APA p. 68.
[18] DSM 5. APA p. 38.

In DSM-5 worden alle psychische stoornissen genoemd en gecodeerd, net als alle relevante somatische aandoeningen. De grootste verschillen zijn het verdwijnen van de assen en de GAF-score.

Figuur 3. Registratie en declaratie gespecialiseerde GGZ bij gebruik van DSM-5



Bron: NZa

3.2 Beschrijving ICD en verschillen met DMS-IV

ICD 9 / ICD 10
De International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) is een internationaal gestandaardiseerd classificatiesysteem van diagnoses. Het is een internationale standaard waar vrijwel alle geïndustrialiseerde landen diagnosen mee vastleggen. Registratie volgens de ICD kan daarom leiden tot meer transparantie door betere mogelijkheden voor het vastleggen van informatie in een 'gemeenschappelijke taal'.[19]

Sinds 1994 is de ICD-10 in gebruik en wordt elk jaar ge-update. Maar vanwege een sterk veranderde codering in de ICD-10 is de ICD-9 bijgewerkt in de vorm van de ICD-9-CM. Tot voor kort registreerde Nederland uitsluitend in ICD-9. Deze versie is inmiddels 33 jaar oud en wordt niet meer onderhouden.

De ICD-10 is de nieuwste revisie van het classificatiesysteem van diagnosen. De classificatie wordt voor Nederland beheerd door het WHOFICCC (ondergebracht bij het RIVM) en internationaal door de World Health Organization (WHO). Met ICD-10 kunnen alle ziektebeelden en diagnosen van patiënten eenduidig worden geregistreerd. De ICD-10 is bevat de nieuwste ziektebeelden en diagnosen. De voordelen van ICD-10 zijn de betere internationale vergelijkbaarheid, betere mogelijkheden tot het berekenen van sterftecijfers, verbeteren informatievoorziening over zorguitgaven, bestrijden/opsporen fraude, het meten van kwaliteit en het bepalen van zorgzwaarte. In 2017 wordt de ICD-11 verwacht.

De hoofdstukindeling in de ICD-10 kent een hiërarchische opbouw. Aan ieder deelgebied is een letter toegekend, de psychische stoornissen zijn ondergebracht in hoofdstuk F, welke is ingedeeld in maximaal 10 secties.

[19] RIVM , ICD-10.

Vervolgens is elke sectie in maximaal 10 hoofdcategorieën ingedeeld en daarna volgt de indeling op het niveau van specifieke syndromen.[20]
Per categorie heeft de ICD-10 diagnostische richtlijnen opgenomen om de grenzen van de categorieën (beter) af te bakenen.

Verschillen DSM-IV en ICD
De ICD is een uitgebreide standaard voor alle ziektes en gerelateerde gezondheidsproblemen. Deze standaard is ontwikkeld door de internationale gezondheidszorgorganisatie WHO voor een grote doelgroep aan gezondheidszorgprofessionals over de hele wereld en voor alle culturen.
Dit in tegenstelling tot de DSM. De DSM wordt gepubliceerd door de APA, de Amerikaanse vereniging voor psychiaters en is zo ontwikkeld dat het handboek door voornamelijk psychiaters en psychologen voor de classificatie en definitie van psychische stoornissen gebruikt kan worden. De DSM bevat ten opzicht van de ICD veel aanvullende psychiatrische diagnostische informatie.

Een beperking van de ICD is dat de codes minder specifiek zijn dan de stoornisnamen die gebruikt worden voor de DSM-IV en DSM-5. Dit betekent dat het kan voorkomen dat enkele ICD-codes op meerdere DSM-stoornisnamen van toepassing zijn.
De DSM en de ICD kennen daarnaast grote en kleine verschillen in definities van stoornissen en verschillen in diagnostische criteria. Deze verschillen zijn zowel bedoeld als onbedoeld. Gestreefd wordt om de ICD-11 en de DSM-5 zoveel mogelijk te harmoniseren.[21] [22]

De registratie en declaratie is daarmee vergelijkbaar met die bij gebruik van DSM-5 (zie figuur 3 op de vorige pagina). De verschillen met DSM-5 beperken zich tot een andere definitie van de hoofdgroepen. In bijlage 3 staat een overzicht van de hoofdgroepen in DSM-IV, DSM-5 en ICD-10.

[20] T.A. van Yperen, G.L.G. Couturier en H.MJ.A. Gerritzen, 'ICD-10 en de classificatie van psychische stoornissen'.
[21] Michael B. First, (2009) Harmonisation of ICD–11 and DSM–V: opportunities and challenges.
[22] ICD-11 verschijnt naar verwachting in 2017. Omdat ICD-11 beter aan zal sluiten met DSM-5 hebben wij het gebruik van ICD-11 voor de bekostiging niet afzonderlijk geanalyseerd. Een keuze voor DSM-5 komt feitelijk grotendeels overeen met een keuze voor ICD-11.

4. Impact op declaratie- en registratiesystemen

4.1 Ontwerp van wijzingen in declaratie- en registratiesystemen

In hoofdstuk 2 concludeerden wij dat de DSM-classificatie een beperkte rol speelt in de basis GGZ. Daarom beperken wij ons in dit hoofdstuk tot de impact op de declaratie- en registratiesystemen in de gespecialiseerde GGZ en FZ.

In de G-GGZ wordt momenteel de diagnose geregistreerd op basis van de vijf assen van de DSM-IV-TR. Nadat alle assen zijn ingevuld, kan de hoofdbehandelaar de primaire diagnose aangeven. In DSM-5 bestaan deze assen niet langer en zijn ook niet van toepassing op de ICD-9-CM en ICD-10. Dit heeft invloed op de wijze waarop de diagnose wordt geregistreerd en de wijze waarop de zorgvraagzwaarte-indicator tot stand komt. In plaats van de vijf assen wordt alleen de stoornis/overige aandoening (volgens DSM-5 dan wel ICD-9-CM / ICD-10) geregistreerd. Indien de patiënt aan meerdere stoornissen/aandoeningen lijdt, is het mogelijk om meerdere stoornissen/aandoeningen naast elkaar te registreren. In dat geval moet een behandelaar een hoofddiagnose selecteren.

De GAF-score maakt geen integraal onderdeel uit van de DSM-5. De GAF-score zou vervangen kunnen worden door de WHODAS 2.0. Als ervoor gekozen wordt om WHODAS 2.0 te registreren in plaats van de GAF-score zal dit een aanpassing vergen in de declaratie- en registratiesystemen. Over de wenselijkheid van het gebruik van WHODAS 2.0 zal door inhoudelijke zorgpartijen gesproken moeten worden. Wij hebben in de onderstaande impact-analyse geen rekening gehouden met het gebruik van WHODAS 2.0.

In de consultatiebijeenkomst van 13 januari 2015 zijn de wijzigingen als gevolg van invoering van DSM-5 / ICD in de bekostigingssystematiek besproken. Hierin kwam een andere variant kwam naar voren waarin behandelaren in de klinische praktijk gebruikmaken van DSM-5 maar voor de bekostiging de ‘vertaling’ maken naar DSM-IV. De verwachte impact van deze variant zal aan het einde van dit hoofdstuk worden besproken.

4.2 Impact voor partijen bij volledige overgang op DSM-5 / ICD

Bij de registratie van DB(B)C’s zijn verschillende partijen betrokken:
- DBC-Onderhoud ontwikkelt de DB(B)C-pakketten.
- ICT-leveranciers ontwikkelen op basis van het DB(B)C-pakket de registratiesystemen.
- Zorgaanbieders registreren en declareren de DB(B)C’s bij de zorgverzekeraar.
- Zorgverzekeraars verwerken de gedeclareerde DB(B)C’s.
- Het DBC-Informatiesysteem (DIS) ontvangt en beheert alle DBC-informatie.

Een overstap van DSM-IV-TR naar DSM-5 / ICD-9/10 in de bekostigingssystematiek heeft zodoende invloed op alle betrokken partijen.

Van alle betrokken partijen is de impact op de ICT naar verwachting het grootst bij zorgaanbieders omdat zij op basis van de DSM-classificatie de DBC-code afleiden. Wij hebben alle betrokken partijen geconsulteerd over de impact van een overstap. In de volgende paragrafen beschrijven wij per partij de verwachte impact.

4.2.1 Impact voor zorgaanbieders

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de registratie van DB(B)C's. Daarom vergt een overgang op DSM-5 of ICD de grootste inspanning van zorgaanbieders. Wij onderscheiden de volgende veranderingen voor zorgaanbieders:
- Aanpassing van de manier van werken van behandelaren. Dit vereist opleiding en training.
- Aanpassing van registratie- en declaratiesystemen
- Aanpassing van de administratieve organisatie en interne controle

1. Training en opleiding van behandelaren
Voor behandelaren kan DSM-5 een behoorlijke aanpassing zijn ten opzichte van DSM-IV. Daarom zijn er cursussen en opleidingen om behandelaren bekend te maken met (de wijzigingen in) de DSM-5. Ook voor niet-behandelaren die wel met de DSM-systematiek te maken hebben (bijvoorbeeld codeurs) kan training wenselijk zijn. Cursussen en trainingen zijn al breed beschikbaar. Ook worden online veel (voornamelijk Engelstalige) cursussen aangeboden om bekend te raken met de DSM-5.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) geeft aan dat het mogelijk is om binnen een jaar de opleiding van behandelaren te realiseren. GGZ Nederland noemt het opleiden en trainen van behandelaren als een van de redenen waarom volgens GGZ NL het niet mogelijk is om, gegeven andere veranderingen in de GGZ, binnen een jaar over te stappen op DSM-5.

2. Aanpassing van registratie- en declaratiesystemen
Bij een overgang op DSM-5 moeten zorgaanbieders hun ICT-systeem aanpassen (het registratie- en declaratiesysteem en (eventueel) het patiëntendossier). De DSM-IV codes die zijn nu nog gebruiken zijn dan immers niet van toeppassing.

Om een goede indruk te krijgen van de noodzakelijke aanpassingen hebben wij gesproken met ICT-leveranciers die softwarepakketten aanbieden voor GGZ-aanbieders. Daarnaast hebben wij van GGZ Nederland input gekregen op wat een overgang op DSM-5 betekent voor de systemen.

Zorgaanbieders moeten de aangepaste release van DBC-Onderhoud in hun systemen verwerken. Dit bekent een aanpassing van de broninvoer (gebaseerd op DSM-5 of ICD-9/10) en een aanpassing van de afleiding van de classificatie naar de DBC-hoofdgroepen. De ICT-leveranciers schatten in dat de implementatie van DSM-5 een 'middelgrote' verandering is. GGZ Nederland deelt deze mening niet en geeft aan dat de veranderingen niet voor 1 januari 2016 te realiseren zijn.

ICT-leveranciers noemden de volgende aandachtspunten bij eventuele implementatie van DSM-5:
- Het is van belang dat, ongeacht voor welk codestelsel wordt gekozen, de gebruikte coderingen eenvoudig zijn om te zetten naar een ander codestelsel.
  Coderingen kunnen dan (automatisch) omgezet worden naar de door externe partijen gehanteerde coderingen.

− DSM-5 moet elektronisch beschikbaar zijn zodat deze kan worden ingelezen in de softwaresystemen. Ook is het belangrijk dat de ICD-9 codering hierin is opgenomen zodat vergelijking met de diagnoses die gesteld zijn in DSM-IV, mogelijk is.

Verder is bij de ICT-leveranciers bij registratie op basis van DSM-5 behoefte aan een tabel met diagnosehoofdgroepen volgens de DSM IV met een vertaling naar DSM-5-hoofdgroepen. Er zal een keuze moeten worden gemaakt of de nadere specificaties bij DSM-classificatie ook geregistreerd moeten worden.

Een bekostigingssystematiek gebaseerd op de ICD kent enkele voordelen geven ICT-leveranciers aan. Veel registratiesystemen zijn namelijk al gebaseerd op de ICD-codes. Clinici zijn volgens ICT-leveranciers ook gewend om de ICD-codes te registreren, waardoor het risico op fouten in de registratie wordt beperkt.

3. Aanpassing van de administratieve organisatie en interne controle
Zorgaanbieders zullen de interne controle op de DBC-registratie moeten aanpassen. Aanleiding hiervoor zijn de wijzigingen in de afbakening van het verzekerde basispakket. Dit zijn naar verwachting relatief beperkte aanpassingen. ZiNL concludeert namelijk in het rapport 'De nieuwe DSM-5, gevolgen voor het pakket' dat de invoering van de DSM-5 in de behandelpraktijk een geringe uitbreiding van het te verzekeren pakket betekent.

Tabel 2. Samenvatting impact voor zorgaanbieders

Impact	ICD	DSM-5
1. Training en opleiding van behandelaren	Afhankelijk van keuze voor ICD 9/10/11	Training kan naar verwachting binnen een jaar
2.Aanpassing van registratie- en declaratiesystemen	Bij een volledige overgang geen registratie aan de hand van assen DSM-IV	Bij een volledige overgang geen registratie aan de hand van assen DSM-IV
3. Aanpassing van de administratieve organisatie en interne controle	Aanpassingen als gevolg van wijzigingen in de aanspraak (en mogelijke aanpassing van DBC-hoofdgroepen)	Aanpassingen als gevolg van wijzigingen in de aanspraak (en mogelijke aanpassing van DBC-hoofdgroepen)

Bron: NZa

4.2.2 Impact voor voor zorgverzekeraars en DForZo

Aanpassingen in de ICT van zorgverzekeraars zijn noodzakelijk. De vereiste aanpassingen zijn kleiner dan die bij zorgaanbieders omdat de afleiding van een classificatie naar een hoofdgroep bij zorgaanbieders plaatsvindt. Zorgverzekeraars moeten wel hun controles op gepast gebruik aanpassen omdat de afbakening van het verzekerd basispakket wijzigt door een overgang op DSM-5.

Zorgverzekeraars geven aan dat het van belang is dat wijzigingen tijdig bekend worden gemaakt. Een wijziging betekent ook dat de standaarden (bijvoorbeeld de EI-standaard) waarin afspraken over de elektronische gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn verwerkt, moeten worden aangepast. Dit vergt extra ICT-capaciteit. Deze aanpassingen zijn afhankelijk van de wijziging van de DBC-hoofdgroepen. Hoe kleiner r deze wijzigingen des te kleiner de benodigde aanpassingen.

Indien er een transitieperiode is waarin zowel op de huidige als op de nieuwe manier geregistreerd wordt, is de verwachting dat de huidige GZ-standaard (de EI-standaard voor de GGZ) hierin niet in kan voorzien. De GZ-standaard ondersteunt het declaratieverkeer tussen zorgaanbieders

en zorgverzekeraars. De huidige regelgeving van de NZa is hierin opgenomen. Aan de hand van de standaard bouwen softwareleveranciers applicaties, waarmee zorgaanbieders onder andere declaraties kunnen indienen bij zorgverzekeraar. Bij een overstap moet de GZ-standaard worden aangepast.

De voornaamste zorg van zorgverzekeraars is dat er door een aanpassing van de productstructuur een trendbreuk ontstaat in de informatievoorziening. Daarom pleiten ze ervoor gebruik te blijven maken van de huidige DBC-hoofdgroepen.[23]

Voor DForZo zijn de veranderingen vergelijkbaar met die voor zorgverzekeraars. Ook DForZo benadrukt daarom het belang van continuïteit in de informatievoorziening. Daarnaast geeft DForZo aan dat het van belang is dat alle partijen die betrokken zijn bij de indicatiestelling gebruikmaken van dezelfde DBBC-hoofdgroepen.

Tabel 3. Samenvatting impact voor zorgverzekeraars en DForZo

Impact	ICD	DSM-5
1. Aanpassingen ICT	Aanpassing noodzakelijk bij wijziging hoofdgroepen	Aanpassing noodzakelijk bij wijziging hoofdgroepen
2.Trendbreuk informatievoorziening	Als hoofdgroepen wijzigen is het complexer om vergelijkingen over de jaren heen te maken	Als hoofdgroepen wijzigen is het complexer om vergelijkingen over de jaren heen te maken

Bron: NZa

4.2.3 Impact voor DBC-Onderhoud/NZa

De registratie van de diagnose is in de huidige structuur een belangrijk element voor de afleiding naar een product. De afleiding naar een productgroep is namelijk gebaseerd op het diepste niveau van de DSM-diagnose. Door het verdwijnen van het assenstelsel zal DBC-Onderhoud bij gebruik van DSM-5 in de bekostigingssystematiek de wijze van registratie, validatie en afleiding van DBC's moeten aanpassen. Die wijzigingen legt de NZa vast in regelgeving.

Als blijkt dat het wenselijk is om de DBC-hoofdgroepen aan te passen dan zal de NZa/DBC-Onderhoud moeten nagaan welk tarief voor de gewijzigde groepen passend is.

In de huidige diagnose-codelijst, uitgebracht door DBC-Onderhoud, zijn voor bijna alle diagnoses op As 1 en As 2 de ICD-9 en ICD-10 coderingen aangegeven. Voor de diagnoses zonder ICD-codering is het waarschijnlijk dat hier alsnog een ICD-codering aan gekoppeld kan worden.
Een overstap naar de ICD lijkt daarmee geen grote impact te hebben op de huidige DB(B)C-systematiek.

Tabel 4. Samenvatting impact voor DBC-Onderhoud/NZa

Impact	ICD	DSM-5
Aanpassing registratie validatie en afleiding	Aanpassing noodzakelijk in codetabellen en validatieregels Aanpassing van de Nadere Regels en spelregels	Aanpassing noodzakelijk in codetabellen en validatieregels Aanpassing van de Nadere Regels en spelregels

Bron: NZa

[23] Als de DBC-hoofdgroepen hetzelfde blijven is het wel mogelijk dat er een verandering optreedt doordat behandelaren hun wijze van classificeren aanpassen als gevolg van DSM-5.

4.2.4 Impact voor DIS

Een overgang van DSM-IV naar DSM-5 of ICD-9/ICD-10 maakt voor het DIS niet veel verschil. Als ervoor wordt gekozen om tijdelijk zowel op basis van de ‘oude’ (DSM IV) als de ‘nieuwe’ (DSM-5 / ICD-9/ICD-10) methode te registreren dan heeft dat wel impact.

Bij het inlezen van de codelijsten door DIS is het van belang dat deze eenduidig worden gedefinieerd en beheerd. DIS controleert of de aangeleverde codes valide zijn door ze tegen de codelijsten van DBC-Onderhoud aan te houden. Er wordt in DIS niet gevalideerd of de code inhoudelijk bij het product past.

Voor de afnemers van DIS data geldt dat trendbreuken in de data zoveel als mogelijk voorkomen moeten worden. Veranderingen in bijvoorbeeld de definities van de hoofdgroepen maken het moeilijker om veranderingen over meerdere jaren te analyseren (zie ook de opmerkingen van verzekeraars in paragraaf 4.2.2).

Tabel 5. Samenvatting impact voor DIS

	ICD	DSM-5
Inlezen codelijsten door DIS (inclusief controle validiteit)	Geen grote impact (tenzij de registratieverplichtingen in DIS toenemen)	Geen grote impact (tenzij de registratieverplichtingen in DIS toenemen)

Bron: NZa

4.3 Wenselijkheid van een overgangsperiode

Om DBC-gegevens tussen jaren te kunnen vergelijken (benchmarken) zou ervoor gekozen kunnen worden om zowel te registreren op basis van de nieuwe als op basis van de oude (DSM-IV)-systematiek. Een aantal zorgverzekeraars pleit ervoor om een aantal jaren zowel te registreren op basis van DSM-IV-TR als DSM-5 / ICD-9/-10. Op die wijze is er continuïteit in de informatievoorziening (waaronder de zorgvraagzwaarte-indicator). Nadeel daarvan is dat de administratieve lasten voor aanbieders hoog zijn.
De vergelijkbaarheid kan ook bereikt worden door de DBC-hoofdgroepen zoveel als mogelijk in stand te houden of gegevens over de onderliggende diagnose te delen zodat verzekeraars of anderen zelf de afleiding naar de oude hoofdgroep kunnen maken.

Voor lopende zorgtrajecten kan het wenselijk zijn om gedurende een overgangsperiode te blijven registreren op basis van DSM-IV.
Een andere optie is om met de ingang van het nieuwe bekostigingssystematiek de lopende zorgtrajecten af te sluiten. Aanbieders moeten dan een nieuwe initiële DBC volgens de nieuwe systematiek openen.

Een derde optie is om gedurende het overgangsjaar reeds geopende DBC’s volgens de DSM-IV te registreren, en nieuwe DBC’s volgens de DSM-5 dan wel ICD-9/-10. Zo worden bestaande trajecten niet abrupt afgebroken en kan alvast ervaring worden opgedaan met de nieuwe systematiek. Bijkomend voordeel is dat er minder trajecten hoeven worden omgezet dan in voorgenoemde opties.

DBC-Onderhoud is gestart met een projectgroep die de technische gevolgen voor de DB(B)C-systematiek van een overstap op een alternatief voor DSM-IV in de bekostiging in kaart brengt. Een klankbordgroep waarin medewerkers van veldpartijen die

praktijkervaring hebben met de registratie en declaratie van DB(B)C's hebben, nemen deel aan deze klankbordgroep.
De verschillende opties voor de overgang naar een nieuw registratie- en declaratiesysteem zijn inhoudelijk besproken in deze klankbordgroep.

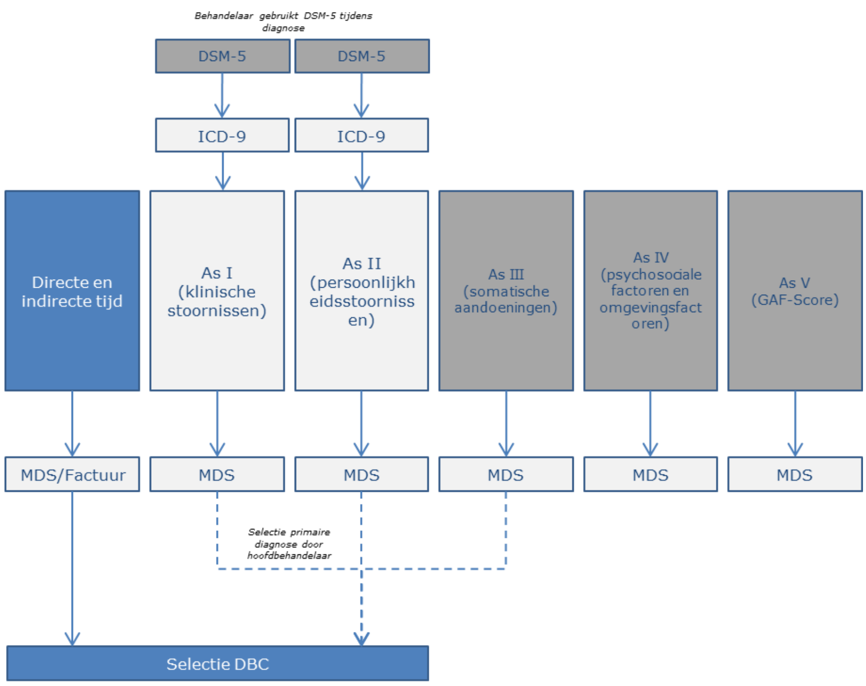
4.4 Impact voor partijen bij gebruik DSM-5 in de klinische praktijk en DSM-IV voor de bekostiging

Tijdens een consultatiebijeenkomst op 13 januari 2015 werd door partijen voorgesteld om de huidige bekostigingssystematiek niet te wijzigen, maar te focussen op de ontwikkeling van een nieuwe productstructuur voor de gespecialiseerde GGZ en FZ. Voorgesteld werd om DSM-5 te gebruiken voor de klinische praktijken te registreren door middel van een vertaaltabel nog op basis van DSM-IV voor de bekostiging.

Momenteel is de DSM-5 al door een deel van de behandelaren in de GGZ in gebruik genomen voor de classificatie van stoornissen. Deze zorgaanbieders maken vervolgens zelf de conversie van DSM-5 naar DSM-IV voor de declaratie. Dit is mogelijk omdat in de DSM-5 aan stoornisnaam de bijbehorende ICD-9 code is gekoppeld. In de huidige codelijst 'diagnose' van DBC-Onderhoud zijn de ICD-9 en de ICD-10 codes gekoppeld aan de bijbehorende DSM-IV-stoornisnaam. Figuur 4 geeft deze variant weer.

Behandelaren classificeren op basis van DSM-5. Deze wordt vervolgens via een conversietabel omgezet naar de bijbehorende ICD-9 codering. Op basis van de ICD-9 codering kan de afleiding plaatsvinden naar een van de DBC-hoofdgroepen.

Figuur 4. Registratie bij gebruik DSM-5 in de klinische praktijk maar DSM-IV voor de bekostiging.[24]



Bron: Nza

[24] Noot: in de feitelijke uitwerking vindt binnen het DBC-systeem de conversie plaats op basis van as-codes (en niet op ICD-9). Dit zijn unieke codes voor elke DSM-stoornisnaam.

Voordelen
Een voordeel van deze variant is dat de hoofdgroepen exact gelijk blijven. Onder andere zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen daardoor eenvoudig vergelijkingen over tijd heen blijven maken. Zorgaanbieders kunnen in deze variant 'wennen' aan de DSM-5. Ook geldt voor aanbieders dat de aanpassingen van de ICT minder complex zijn dan bij de twee eerder genoemde varianten Er zullen echter nog steeds veranderingen moeten plaatsvinden om de vertaling van DSM-5 naar ICD-9 (en uiteindelijk de DBC-hoofdgroepen) mogelijk te maken.

Nadelen en beperkingen
Zoals hierboven genoemd zijn er voordelen om tijdelijk de DSM-IV classificatie voor de bekostiging te blijven gebruiken. Er zijn echter ook enkele beperkingen om het huidige systeem in stand te houden.

Als behandelaren de DSM-5 in gebruik nemen in de praktijk verzwaart het de administratieve lasten als zij DSM-IV nog moeten gebruiken voor de bekostiging.

Bovendien is niet op alle stoornisnamen in de DSM-5 een unieke ICD-9 codering van toepassing. Enkele stoornisnamen kunnen namelijk enkel op basis van het subtype of specificatie worden gecodeerd. Voor de DSM-IV geldt dat voor enkele stoornisnamen geen vertaalslag naar ICD-9 of ICD-10 is gemaakt. Enkele veldpartijen en ICT-leveranciers geven echter aan dat bij die stoornisnamen waarschijnlijk alsnog een ICD-codering aangegeven kan worden, of worden ontwikkeld. Wij zullen samen met DBC-Onderhoud en veldpartijen moeten nagaan hoe codetabellen eruit gaan zien en tegen welke problemen we aanlopen bij het gebruik van deze variant.

De bekostiging en de aanspraak (verzekerde geestelijke gezondheidszorg) sluiten in deze variant niet één op één aan (als behandelaren de DSM-5 stoornisnaam niet registreren). Dit zou kunnen leiden tot discussies over het verzekerde pakket, met name voor de stoorniscategorieën in de DSM-5: 'Ander gespecificeerde stoornis' en 'ongespecificeerde stoornis'. Deze categorieën lijken op de categorie 'niet ander omschreven' in de DSM-IV-TR. ZiNL adviseert in het rapport 'De nieuwe DSM-5 gevolgen voor het pakket' dat 'ander gespecificeerd stoornis niet langer verzekerde zorg zal zijn. Ongespecificeerde zorg blijft wel verzekerde zorg, mits deze op redelijke termijn wordt gevolgd door een eindclassificatie. Om zoveel als mogelijk inzichtelijk te maken welke zorg wel en welke zorg niet onder het verzekerde basispakket valt zou de DSM-5 stoornisnaam daarom wel opgenomen moeten worden in het medische dossier en in het DBC-informatiesysteem (DIS).

Een ander nadeel dat genoemd werd tijdens de consultatiebijeenkomst is dat registratie van de somatische co-morbiditeit geborgd moet zijn. In het huidige classificatiesysteem (DSM-IV) kan dit slechts heel beperkt (geen, enkelvoudig of complex), zoals is beschreven in hoofdstuk 2.

5. Financiële impact en gevolgen voor controle en sturing

5.1 Impact op het verzekerd basispakket

De Minister van VWS heeft het Zorginstituut Nederland (ZiNL) gevraagd om het effect van de invoering van de DSM-5 op het verzekerde pakket in beeld te brengen. Zoals eerder genoemd is momenteel DSM-IV-TR met bijbehorende richtlijnen de basis voor uitleg van de aanspraak verzekerde curatieve GGZ en voor de vergoeding voor de te verzekeren curatieve GGZ.[25]

ZiNL stelt in haar advies 'De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering' voor om een aantal diagnosen uit te sluiten van het verzekerd pakket, maar ook om enkele 'nieuwe' stoornissen op te nemen in het pakket. Met de invoering van de DSM-5 in de klinische praktijk zullen dus enkele wijzigingen plaatsvinden in het verzekerde basispakket. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars dienen hier tijdig van op de hoogte te zijn, zodat zij wijzigingen in het pakket kunnen meenemen in de in- en verkoopgesprekken.

ZiNL concludeert in het rapport dat de invoering van DSM-5 naar verwachting beperkt zal leiden tot een uitbreiding van de aanspraak op behandeling van psychische stoornissen. Het was voor ZiNL niet mogelijk om deze uitbreiding te kwantificeren.

Wij hebben geen zelfstandig onderzoek gedaan naar de mogelijkheid van volumestijgingen door een andere wijze van classificeren en diagnosticeren. Daarom doen wij ook geen uitspraken over de financiële impact op het macro-kader.

5.2 Mogelijkheden voor controle en sturing

Een overgang op DSM-5/ICD heeft invloed op de volgende informatie die verzekeraars kunnen gebruiken voor controle en sturing:
- De zorgvraagzwaarte-indicator
- Diagnose-informatie (hoofdgroepen)

Bij toepassing van DSM-5 is het niet mogelijk om de zorgvraagzwaarte-indicator op de huidige manier te berekenen. De zorgvraagzwaarte-indicator is namelijk gebaseerd op de assen van DSM-IV, waaronder de GAF-score. De informatie die via de vijf assen van de DSM-IV wordt verkregen, wordt via de DSM-5 ook verkregen, maar wordt op een andere manier gerubriceerd, zoals wordt uitgelegd in hoofdstuk 3.1. Alleen door de assen van DSM-IV op de huidige wijze te blijven registreren kan de zorgvraagzwaarte-indicator in de huidige vorm blijven bestaan. Voor zorgaanbieders resulteert dat in hogere administratieve lasten omdat zij zowel op basis van DSM-5 als DSM-IV zouden moeten registreren. Ook bij toepassing van ICD-9/10 zouden behandelaren de DSM-IV assen moeten blijven registreren om de zorgvraagzwaarte-indicator in de huidige vorm te behouden.

Om dubbele registratie te voorkomen zal een nieuwe methode moeten worden ontwikkeld voor de berekening van de indicator.

[25] CVZ, 'Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg', deel 2, hoofdstuk 2.4.

De ontwikkeling van een aangepaste indicator is een verantwoordelijkheid van veldpartijen die de zorgvraagzwaarte-indicator ontwikkeld hebben. In juni 2014 is een werkgroep gestart met de doorontwikkeling van de zorgvraagzwaarte indicator 2.0. Wij hebben begrepen dat deze werkgroep aandacht heeft voor DSM-5. Deze werkgroep zal de impact, tijd en complexiteit van de aanpassingen die nodig zijn voor de doorontwikkeling van de zorgvraagzwaarte-indicator, kunnen aangeven.

Daarnaast kan er een verandering in de informatievoorziening optreden door een verandering van de hoofdgroepen. Wij verwachten dat er geen grote aanpassingen van de hoofdgroepen noodzakelijk zijn. Het is wenselijk om die aanpassingen hierin zo beperkt mogelijk te houden zodat verzekeraars en aanbieders geen trendbreuk hebben in hun data. Aansluiting van de nieuwe informatie op de historische data is voor het in- en verkoopproces van zorgverzekeraars en zorgaanbieders van groot belang.

Hoewel wij verwachten dat de veranderingen op hoofdgroepniveau beperkt zijn, zou het in gebruik nemen van de DSM-5 / ICD in de bekostigingssystematiek kunnen leiden tot een andere ordening van de diagnoses. Dit zorgt voor een trendbreuk in de opgebouwde (benchmark)informatie. Zorgverzekeraars hebben controles ingericht op basis van de huidige diagnosecodes. Bij wijzigingen in de bekostigingssystematiek zullen deze controles opnieuw moeten worden ingericht. De effecten hiervan kunnen beperkt worden door de hoofdgroepen zoveel als mogelijk in stand te houden.

Wij verwachten geen grote veranderingen in de fout- en fraudegevoeligheid van het declaratiesysteem en de controlemogelijkheden voor verzekeraars. De pakketafbakening op basis van DSM is en blijft – in juridische zin - moeilijk toetsbaar en handhaafbaar. Zoals ook in de rapport[26] van het ZiNL is beschreven, is het primaire doel van de DSM geweest om de communicatie binnen de psychiatrie te verbeteren. Dat is een andere invalshoek dan het juridische vraagstuk rondom handhaafbaarheid zoals deze binnen het takenpakket van de NZa valt.

Voor de pakketafbakening vindt het Zorginstituut de DSM-5 geschikter dan de DSM-IV TR. De classificaties in de DSM-5 zijn vaak gedetailleerder en voorzien van meer specificaties dan in de DSM-IV TR en de ICD-10. Daarmee vormt ICD-10 geen beter alternatief dat meer toetsbaar en handhaafbaar is. De risico’s van de koppeling van een DSM classificatie aan de aanspraak op vergoeding blijven echter aanwezig. Dat wordt ook door het Zorginstituut erkend.

Behandelaren kunnen bij toepassing van dezelfde criteria uit DSM tot een verschillend oordeel komen of er sprake is van een psychische stoornis en welke classificatie daar bij hoort. Objectivering en kwantificering vormt daarbij een probleem. De beoordeling of de toekenning van een classificatie juist is, is nog moeilijker te maken zonder gedetailleerde kennis van de patiënt en diens medisch dossier.

Daarbij is het een gegeven dat de NZa achteraf (nadat de behandeling is afgerond, of in ieder geval de declaratie is ingediend) beoordeelt of de classificatie zoals deze gold bij de start van het behandeltraject correct was.

---

[26] Zie aanbiedingsbrief bij het rapport van ZiNL (‘De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering’) en het rapport ‘De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering.

Toetsing van een DBC-declaratie aan de hand van het verzekerde basispakket zal daardoor zeer complex blijven, ook al bevat DSM-5 meer helderdere criteria voor classificatie. De beperkingen van het uitsluiten van een DSM-stoornis is bijvoorbeeld gebleken bij het verwijderen van 'aanpassingsstoornissen' uit het verzekerd pakket. Na deze aanpassing is een groei zichtbaar bij andere DBC-hoofdgroepen. Dat kan overigens terecht zijn omdat een patiënt meerdere stoornissen kan hebben.

Omdat de criteria voor het toekennen van een classificatie in DSM-5 gedetailleerder omschreven zijn dan in ICD is het met DSM-5 beter mogelijk om aan te geven of een behandeling verzekerde zorg is. Een overstap naar ICD 9/10 in de declaratie, registratie- en informatiesystemen van de GGZ biedt dus zeker geen soelaas. Maar ook met DSM-5 blijft er ruimte in de interpretatie van de aanspraak op geneeskundige GGZ.[27]

5.3 Inschatting kosten aanpassingen voor aanbieders en verzekeraars en NZa/DBC-O

Wij concluderen dat de benodigde aanpassingen van de registratie- en declaratiesystemen binnen een gebruikelijke release-cyclus te realiseren zijn. Dit betekent dat de kosten van de aanpassingen beperkt zijn. Wij hebben daarom geen inschatting proberen te maken van de precieze hoogte van de kosten.

Naast de kosten van het aanpassen van de registratie- en declaratiesystemen moeten zorgaanbieders investeren in opleiding van behandelaren en aanpassing van de administratieve organisatie en interne controle.

5.4 DSM-5 en doorontwikkeling van de productstructuur

De NZa is samen met veldpartijen een traject gestart om de productstructuur in de gespecialiseerde GGZ te verbeteren. Kern van die verbetering is het toevoegen van typerende patiëntkenmerken zodat er meer inzicht is in de relatie tussen de diagnose (die niet alleen uit de DSM-classificatie bestaat) en de behandeling die een patiënt krijgt. De doorontwikkeling bevindt zich in een verkennende fase waarbij partijen streven naar aanpassingen van de productstructuur in 2017. Op dit moment is daarom nog niet te zeggen of de DSM-classificatie nog een plek zal hebben in de productstructuur. Het is goed denkbaar dat ook in een nieuwe structuur de DSM-classificatie een rol blijft spelen, al is het maar om vergelijkingen met de huidige DBC's te kunnen blijven maken. De doorontwikkeling van de productstructuur is daarom op zichzelf naar onze mening geen reden om niet over te gaan op DSM-5 of ICD. Het kan wel een reden zijn om te kiezen voor de variant waarin aanbieders voor de bekostiging (tijdelijk) blijven registreren op basis van de assen van DSM-IV (met een conversietabel van de DSM-5 classificatie naar de as-codes in DSM-IV). In deze variant zijn de noodzakelijke aanpassingen in het DBC-systeem immers minder ingrijpend. Meer ingrijpende maatregelen zouden vervolgens genomen kunnen worden als er meer duidelijkheid is over hoe de productstructuur zich gaat ontwikkelen.

[27] Het Ministerie van VWS heeft ons gevraagd of wij potentiele oplossingen zien die in vervolgonderzoek nader onderzocht en getoetst kunnen worden. Naar onze mening is dat in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van ZiNL. Uit het rapport van ZiNL blijkt ook dat zij op zoek zijn naar mogelijkheden om de aanspraak objectiever en consistenter uit te leggen.

6. Conclusies en planning voor implementatie op hoofdlijnen

6.1 Conclusies

Noodzakelijke aanpassingen en te verwachten uitvoeringslasten
Implementatie van DSM-5 vraagt om aanpassingen in de wijze waarop aanbieders registreren en declareren. In de basis GGZ zijn de wijzigingen beperkt. In de langdurende gespecialiseerde GGZ (ZZP's) is er zelfs helemaal geen invloed omdat DSM-IV geen rol speelt in de bekostiging. Bij de DBC's in de gespecialiseerde GGZ en DBBC's in de FZ zijn de veranderingen groter. Dat komt doordat de DSM-IV diagnose gebruikt wordt voor de afleiding naar een productgroep en doordat aanbieders de assen van DSM-IV moeten registreren. DBC-Onderhoud zal om die reden de codetabellen en validatieregels moeten aanpassen. Aanbieders en verzekeraars moeten hun ICT-systemen en de administratieve organisatie en interne controle aanpassen. Daarnaast is opleiding nodig voor behandelaren en andere medewerkers van GGZ-aanbieders. Ook moeten verzekeraars hun contracten en polisvoorwaarden aanpassen. Brancheorganisaties van aanbieders en verzekeraars geven aan dat het hun ervaring is dat er tijd nodig is om overeenstemming te krijgen over de interpretatie van de invulling van het verzekerde basispakket.

De aanpassing waarvoor de langste doorlooptijd nodig is die van de ICT-systemen. Op basis van gesprekken met ICT-leveranciers en input van brancheorganisaties van aanbieders en verzekeraars verwachten wij dat die wijzigingen te overzien zijn en te realiseren binnen de gebruikelijke release-cyclus. Dat betekent dat de verwachte wijzigingen minstens negen maanden van tevoren bekend moeten zijn (zie ook paragraaf 6.2. met de planning op hoofdlijnen).

Effecten op de informatievoorziening
Als behandelaren niet langer registreren op basis van DSM-IV vinden er in de gespecialiseerde GGZ veranderingen plaats in de inhoud van de informatievoorziening tussen aanbieders en verzekeraars (en patiënten). Het zal niet langer mogelijk zijn om de zorgvraagzwaarte-indicator op de huidige manier te berekenen. Daarom zullen veldpartijen er bij de doorontwikkeling van de zorgvraagzwaarte-indicator rekening mee moeten houden dat de assen van DSM-IV verdwijnen. Zij zullen ook moeten nagaan of het wenselijk is om gebruik te maken van WHODAS.

Om continuïteit te houden in de beschikbare gegevens voor vergelijkingen over de tijd heen is het wenselijk om de hoofdgroepen zoveel mogelijk gelijk te laten. Dat is volgens ons mogelijk omdat zowel DSM-IV als DSM-5 een omzettingstabel naar ICD-9 hebben, en in de nabije toekomst ook een omzetting naar ICD-10. De ICD-9 tabel is nu al leidend in de afleiding van classificatie naar hoofdgroep en dat kan zo blijven. De NVvP geeft wel aan dat de hoofdgroepindeling van DSM-5 beter is dan die van DSM-IV wat een reden zou zijn om de hoofdgroepen wel te wijzigen.

In de basis GGZ en FZ is er geen invloed op de informatievoorziening als de hoofdgroepen in stand worden gelaten.

Effecten op de controle- en sturingsmogelijkheden van verzekeraars
De pakketafbakening op basis van DSM is zeer moeilijk toetsbaar en daardoor moeilijk handhaafbaar.

Toetsing van een DBC-declaratie aan de hand van het verzekerde basispakket zal daardoor zeer complex blijven, ook al bevat DSM-5 helderdere criteria voor classificatie. Omdat de classificaties in de DSM-5 gedetailleerder en voorzien zijn van meer specificaties dat de ICD, vormt de ICD geen alternatief dat meer toetsbaar en handhaafbaar is. Wij verwachten dus geen grote veranderingen in de fouten- en fraudegevoeligheid van het declaratiesysteem en de controlemogelijkheden voor verzekeraars.

Het gebruik van DSM versus ICD
Voor de bekostiging zijn er geen grote verschillen tussen het gebruik van DSM en ICD. Dat blijkt al uit het feit dat bij elke DSM-classificatie in het handboek ook een ICD-9 code staat. Een beperking van de ICD is dat de codes minder specifiek zijn dan de codes die gebruikt worden voor de DSM-IV en DSM-5. Dit betekent dat het kan voorkomen dat enkele ICD-codes op meerdere DSM-stoornisnamen van toepassing zijn. Daarnaast heeft ZiNL geadviseerd het te verzekeren pakket af te bakenen op basis van de DSM-5. Bekostiging op basis van ICD (zonder registratie van de DSM-5 stoornisnaam) kan betekenen dat in de bekostiging niet geheel zichtbaar is wat verzekerde zorg is en wat niet. DForZo benadrukt dat het van belang dat alle partijen die betrokken zijn bij de indicatiestelling gebruikmaken van dezelfde classificatie en pleit daarom voor DSM.

Bij een aantal veldpartijen (ZN, NVvP, NIP, GGZ NL) is er een duidelijke behoefte om de in de bekostiging gebruikte classificatie helemaal aan te laten sluiten met de afbakening van het verzekerd pakket, mede om onduidelijkheid over het verzekerde pakket uit te sluiten. Andere partijen (VGN en LVVP) pleiten voor het gebruik van ICD voor de bekostiging (zonder registratie van de DSM-stoornisnamen). VGN geeft aan dat er op deze wijze een duidelijke scheidslijn ligt tussen administratief (ICD) en klinisch gebruik (DSM). LP-GGZ is van mening dat het gebruik van een classificatie voor de bekostiging te bepalend en stigmatiserend is.

In het bovenstaande zijn wij ervan uitgegaan dat de registratie op basis van DSM-IV verdwijnt en alleen de registratie op basis van DSM-5 of ICD beschikbaar is. Tijdens een consultatiebijeenkomst op 13 januari is een variant besproken waarbij behandelaren gaan werken met DSM-5 maar voor de bekostiging nog gebruik maken van DSM-IV. In dat geval zou er een conversietabel beschikbaar moeten komen zodat duidelijk is welke DSM-IV classificatie bij welke DSM-5 stoornisnaam hoort (dat kan aan de hand van de ICD-codes). De DSM-5 stoornisnaam zou wel opgenomen moeten worden in het dossier en het DBC-informatiesysteem (DIS) om inzichtelijk te krijgen of het verzekerde zorg gaat. Voordeel hiervan is dat de productgroepen in stand blijven en de wijzigingen zich beperken tot het beschikbaar maken van de conversietabel. Deze variant zou een tijdelijke oplossing kunnen vormen in afwachting van een fundamentele aanpassing van de productstructuur. Uit een eerste inventarisatie blijkt dat koppeling van de tabellen goed mogelijk is maar wij zullen deze variant samen met veldpartijen nog verder moeten uitwerken.

6.2 Planning op hoofdlijnen

Als ervoor gekozen wordt om per 1 januari 2016 over te gaan op DSM/ICD moet ruim daarvoor een start worden gemaakt met de implementatie. Voor de release 2016 geldt de volgende planning:

Datum	***Wie***	***Wat***
04 november 2014	NZa aan DBC-Onderhoud en veldpartijen	Verwachte wijzigingen bekend voor release 2016 (wij hebben aan veldpartijen bekend gemaakt dat een gewijzigde pakketafbakening mogelijk resulteert in een aanpassing in de release 2016)
Tweede helft februari 2015	NZa/ DBC Onderhoud	De functionele aspecten van de verandering in de bekostigingssystematiek moeten duidelijk zijn. DBC-O moet inzichtelijk hebben waar de veranderingen de huidige bekostigingssystematiek raakt en welke inhoudelijke lijsten en tabellen (voor codes, validatie, mate van detail van de conversietabellen etc.) moeten worden aangepast.
Tweede helft 2015	NZa/ DBC Onderhoud	De technische veranderingen moeten klaar zijn. Tabellen, codelijsten etc. moeten in concept klaar zijn.
15 mei 2015	DBC Onderhoud	Levert concept van de release aan NZa op
01 juli 2015	NZa	Oplevering nadere regels en beleidsregels voor de GGZ (en ook voor de FZ)

Bron: NZa

Wij hanteren deze planning zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars tijdig inzicht hebben in wijzigen en zij zich daarop kunnen voorbereiden. In een conceptversie van dit rapport schreven wij dat voor 1 januari 2015 bekend zou moeten zijn wat gaat veranderen. Inmiddels is deze datum gepasseerd omdat wij er in samenspraak met het ministerie van VWS voor hebben gekozen om op 13 januari 2015 een aanvullende consultatiebijeenkomst te organiseren.

In bovenstaande tabel is de planning voor de NZa/DBC-Onderhoud opgenomen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben hun eigen planning voor de noodzakelijke aanpassingen (aanpassing administratie en (ICT)-systemen, opleiding medewerkers, interpretatie aanspraak GGZ, wijzigen polissen en contracten). Bij een wijziging van de registratie moet mogelijk ook de EI-standaard worden aangepast. Vooral zorgaanbieders zullen een significante inspanning moeten doen om zich daar op voor te bereiden. GGZ Nederland heeft aangegeven dat tijdige aanpassing van de ICT-systemen niet voor 1 januari 2016 mogelijk is tenzij er op 1 april 2015 duidelijk is wat er gaat veranderen en dat vastligt in wet- en regelgeving. Zij kunnen niet garanderen dat systemen op 1 januari 2016 klaar zijn en wijzen op het risico dat aanbieders nog niet kunnen declareren als de ICT-systemen niet zijn aangepast.

De LVVP stelt ook dat invoering per 1 januari 2016 niet haalbaar lijkt maar geeft aan dat de ‘tussenoplossing’ met registratie op basis van het ‘oude’ DSM-IV-systeem wel haalbaar is onder de voorwaarde dat het maken van de vertaling van DSM-5 naar DSM-IV weinig tijd kost en niet zal lijden tot hogere administratieve lasten. Ook voor zorgverzekeraars geldt dat de wijzigingen tijdig bekend moeten zijn om contracten en polisvoorwaarden aan te passen.

Wij concluderen dat het op voorhand niet onhaalbaar is om de variant waarin de bekostiging gebaseerd blijft op de vijf assen van DSM-IV per 2016 in te voeren. Bij deze variant zijn de benodigde aanpassingen het minst omvangrijk en het risico dat 1 januari 2016 niet haalbaar blijkt daardoor het kleinst. Het is daarvoor wel van belang dat de minister van VWS uiterlijk half maart een beslissing neemt over het gebruik van DSM-5. De NZa zou dan in maart de gevolgen van DSM-5 voor de regelgeving en de spelregels uitwerken.

Bijlage 1. Diagnosetabel DBC-Onderhoud en DSM-IV-TR

Hoofdgroepen DSM-IV-TR	Diagnosetabel DBC-Onderhoud
Stoornissen in de zuigelingentijd tot adolescentie	Overige stoornissen in de kindertijd
	Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
	Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
Delirium, dementie, amnestische en andere cognitieve stoornissen	Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
Psychische stoornissen door een somatische aandoening	Restgroep diagnoses
Aan een middel gebonden stoornissen	Aan alcohol gebonden stoornissen
	Overige aan een middel gebonden stoornissen
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
Stemmingsstoornissen	Depressieve stoornissen
	Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
Angststoornissen	Angststoornissen
Somatoforme stoornissen	Somatoforme stoornissen
Nagebootste stoornissen	Restgroep diagnoses
Dissociatieve stoornissen	Restgroep diagnoses
Seksuele stoornissen en gender-identiteitsstoornissen	Restgroep diagnoses
Eetstoornissen	Eetstoornissen
Slaapstoornissen	Restgroep diagnoses
Stoornissen in de impulsbeheersing, niet elders geclassificeerd	Restgroep diagnoses
Aanpassingsstoornissen	Aanpassingsstoornissen
Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn (o.a. V-codes)	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn

Bron: NZa

Bijlage 2. Persoonlijkheidsstoornissen van DSM-IV-TR (as 2) en de diagnosetabel van DBC-Onderhoud

Hoofdgroepen DSM-IV-TR	Diagnosetabel DBC Onderhoud
Zwakinnigheid (stoornissen in de kindertijd) • Lichte zwakzinnigheid • Matige zwakzinnigheid • Ernstige zwakzinnigheid • Diepe zwakzinnigheid • Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd	Restgroep diagnoses
Persoonlijkheidsstoornissen • Paranoïde persoonlijkheidsstoornis • Schizoïde persoonlijkheidsstoornis • Schizotypische persoonlijkheidsstoornis • Antisociale persoonlijkheidsstoornis • Borderline persoonlijkheidsstoornis • Theatrale persoonlijkheidsstoornis • Narcistische persoonlijkheidsstoornis • Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis • Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis • Obsessieve- compulsieve persoonlijkheidsstoornis • Persoonlijkheidsstoornis NAO • Uitgesteld / geen persoonlijkheidsstoornis	Persoonlijkheidsstoornissen
Zwakbegaafdheid (bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn)	Restgroep diagnoses

Bron: NZa

Bijlage 3. Overzicht hoofdgroepen ICD -10 , DSM-5 en DSM-IV

Hoofdstukindeling ICD 10 Psychische stoornissen		Hoofdgroepen DSM 5	Hoofdgroepen DSM-IV-TR
F00-F09	Organische, inclusief symptomatische, psychische stoornissen	1. Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	1. Stoornissen in de zuigelingentijd tot adolescentie
F10-F19	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van psychoactieve middelen	2. Schizofreniespectrumstoornis-sen	2. Delirium, dementie, amnestische en andere cognitieve stoornissen
F20-F29	Schizofrenie, schizotypische stoornissen en waanstoornissen	3. Bipolaire-stemmingsstoornissen	3. Psychische stoornissen door een somatische aandoening
F30-F39	Stemmingsstoornissen [affectieve stoornissen]	4. Depressieve-stemmingsstoornissen	4. Aan een middel gebonden stoornissen
F40-F48	Neurotische, stress-gebonden en somatoforme stoornissen	5. Angststoornissen	5. Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
F50-F59	Gedragssyndromen samengaand met lichamelijke symptomen en stoornissen	6. Obsessieve-compulsieve stoornissen	6. Stemmingsstoornissen
F60-F69	Stoornissen van persoonlijkheid en gedrag op volwassen leeftijd	7. Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen	7. Angststoornissen
F70-F79	Zwakzinnigheid	8. Dissociatieve stoornissen	8. Somatoforme stoornissen
F80-F89	Stoornissen in psychische ontwikkeling	9. Somatisch-symptoomstoornissen	9. Nagebootste stoornissen
F90-F98	Gedragsstoornissen en emotionele stoornissen die doorgaans op kinderleeftijd of in adolescentie beginnen	10. Voedings- en eetstoornissen	10. Dissociatieve stoornissen
F99-F99	Psychische stoornis, niet nader omschreven	11. Zindelijkheidsstoornissen	11. Seksuele stoornissen en gender-identiteitsstoornissen
		12. Slaap-waakstoornissen	12. Eetstoornissen
		13. Seksuele disfuncties	13. Slaapstoornissen
		14. Genderdysforie	14. Stoornissen in de impulsbeheersing, niet elders geclassificeerd
		15. Gedragsstoornissen	15. Aanpassingsstoornissen
		16. Middelgerelateerde stoornissen en verslavingen	16. Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn (o.a. V-codes)
		17. Neurocognitieve stoornissen	17. Zwakzinnigheid
		18. Persoonlijkheidsstoornissen	18. Persoonlijkheidsstoornissen
		19. Parafiele stoornissen	19. Zwakbegaafdheid
		20. Andere psychische stoornissen	
		21. Bewegingsstoornissen door medicatie	
		22. Andere problemen die een reden tot zorg kunnen zijn (V)	

Toelichting bij bovenstaande tabel: de tabel geeft alleen de hoofdgroep/hoofdstukindeling weer van de ICD-9, DSM-5 en DSM-IV en is niet per hoofdgroep op elkaar afgestemd. De tabel kan zodoende niet van links naar rechts worden gelezen.

Bron: NZa